

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

816

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

François HAUSER

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
INTERNE DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

Né le 27 Septembre 1912 à Paris

Les Réactions Perverses chez les enfants

Président : M. LAIGNEL LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

François HAUSER

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

INTERNE DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

Né le 27 Septembre 1912 à Paris

Les Réactions Perverses chez les enfants

Président : M. LAIGNEL LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1939



LE DOYEN.....

TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
Justin BESANÇON	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie Médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
MM J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Anat. pathologique.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHT	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM

LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale.
NEVEU-LEMAIRE	Obstétrique.
VAUDESCAL	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY-RADOT	
SEZARY	

MM

BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR LAIGNEL LAVASTINE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
ET DANS LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES
DE LA SEINE

INTRODUCTION

C'est en suivant la consultation de neuro-psychiatrie infantile du Docteur Rouart à l'Hôpital Trousseau, que nous avons été amené à penser à cette étude.

La relative fréquence des cas de réactions perverses chez les enfants nous a intéressé ainsi que leur diversité et leur variabilité, et nous avons été poussé à un essai de classification et une tentative d'explication, sinon de mécanisme, dont découlent des sanctions thérapeutiques intéressantes.

Nous nous excusons auprès du Docteur Rouart de la publication hâtive de ces quelques notions qui ont été l'objet de si fréquentes conversations. Nous aurions de beaucoup préféré pouvoir attendre de les finir, et réunir à leur sujet de nombreuses observations suivies, et comportant une solution thérapeutique — mais les événements nous ont forcé la main et nous ne pourrions tracer ici que les grandes lignes inachevées de cette étude qu'il nous aurait

passionné de pousser à fond, et nous nous réservons de le faire, plus tard.

L'étude de ces réactions encore mal fixées, variables, contraste avec la structure rigide, inattaquable, du cadre des perversions de l'adulte — de cette « Folie morale », véritable entité indivisible.

Et la meilleure compréhension de ces cas peut permettre d'espérer la réduction de ce cadre au pronostic si inexorable, à des proportions moindres.

Chez l'enfant, nous avons souvent le sentiment d'être plus près de l'origine de l'acte pervers et d'être plus à même d'en saisir la motivation. Fréquemment nous avons l'impression d'en voir le mécanisme et d'en comprendre la détermination souvent complexe et liée à des conflits affectifs parfois éloignés, mais toujours actifs.

Nous délimiterons tout d'abord la notion de noyau pervers — de la réaction perverse proprement dite — cette distinction mise en valeur par le Docteur P. Mâle présente un intérêt capital, comme nous le verrons, au point de vue du pronostic.

Nous envisagerons ensuite différentes catégories de réactions perverses, en premier lieu celles s'accompagnant d'un syndrome d'arriération affective — et nous insisterons dès maintenant sur la fréquence de cette association — puis nous verrons

les réactions chez les enfants vivant au contact d'un mariage irrégulier, et surtout dans un foyer où manque la direction paternelle.

Nous brosserons ensuite rapidement le tableau des pervers purs, qui s'écarte un peu du sujet que nous nous sommes proposé, mais à seule fin de montrer, par opposition, la rigidité de cette catégorie, et le caractère irréductible du noyau.

Nous finirons cette description par la classe des pervers sexuels.

Et nous achèverons cette étude par les indications thérapeutiques que comportent ces différentes catégories.

Mais nous voulons dès maintenant nous excuser du caractère théorique et livresque que revêt ce travail, par le fait du manque d'observations cliniques qu'il comporte ; étant donné les circonstances actuelles nous avons été dans l'impossibilité de rapporter ici les nombreuses observations restées à l'hôpital Trousseau où nous ne pouvons les consulter actuellement — observations qui sont à la base de cette étude.

CHAPITRE PREMIER

DÉLIMITATION DU NOYAU PERVERS ET DE LA RÉACTION PERVERSE

Cette séparation qu'il y a lieu de faire tout d'abord dans l'attitude d'un sujet a une valeur considérable, comme nous le verrons, pour le pronostic. Cependant, ce n'est souvent pas là chose facile. Il ne faut pas se contenter de juger les conséquences des actes, c'est là en somme un critère social, mais bien plutôt essayer de mettre en lumière les causes, et surtout tâcher de pénétrer plus avant dans le psychisme du sujet.

Il existe en effet bien souvent des contrastes frappants : des attitudes malignes, brutales, agressives, parfois délictueuses existant à côté de gestes affectueux, souvent même à l'excès. Contraste qui étonne et effraie souvent les parents, ne voyant fréquemment qu'un supplément de malignité et d'hypocrisie dans cette brusque et excessive affectivité.

Le noyau pervers comporte en premier lieu le trait classique d'indifférence. Cette attitude bien tranchée frappe dès l'abord. La mimique caractéristique de l'enfant, son regard lointain en sont les traits principaux.

Mais même dans cette indifférence il y a des nuances — et il faut s'attacher à l'explorer, voir si elle est solide et non un simple paravent destiné au contraire à masquer la lutte de conflits affectifs violents.

Il est nécessaire de faire la preuve de cette indifférence par tous les moyens possibles. On a souvent intérêt, dans les cas délicats, à mettre l'enfant en observation afin de mieux le suivre, comparer son attitude en famille et à l'école, et lorsqu'il est avec ses camarades.

Il est ainsi des indifférences paraissant au début foncières, qui cèdent très rapidement —, indifférences superficielles ne résistant pas à un examen un peu poussé.

D'autres au contraires sont hostiles, butées, faisant partie d'un système homogène solide. Mais lorsqu'on en a trouvé la faille, des entretiens répétés permettent la mise à jour complète du système et par là amènent à une rétrocession des symptômes.

L'acte en lui-même n'a qu'une valeur toute re-

lative à notre point de vue, il ne nous renseigne que peu sur le psychisme du sujet, malgré les conséquences qu'il peut entraîner sur le terrain social. Seul ce qu'il représente pour l'enfant lui-même, l'esprit dans lequel il est accompli, est intéressant pour la compréhension de l'individu.

S'il existe en effet, comme nous serons amené à le voir plus loin, des réactions perverses sans cette base, sans ce noyau pervers, il n'est pas impossible d'imaginer l'existence de sujets à fond pervers, sans manifestations extérieures de cet ordre. Ce sont là des sujets que l'on n'a pas besoin d'amener consulter, des sujets adroits, des « pervers prudents », bien adaptés qui, au point de vue social, sont sur le même plan que les individus normaux, ne se faisant pas remarquer ; par leur habileté, les moyens intellectuels et sociaux qu'ils ont en leur possession, ils peuvent cacher leur noyau intime de perversion.

Donc, le seul critère immédiatement saisissable est la valeur anti-sociale de l'acte, mais d'autre part nous avons vu le décalage profond existant entre la conduite d'un sujet et l'état de son psychisme ; il nous faut donc conclure à l'extrême difficulté de la délimitation objective qui ne peut se faire d'une manière poussée qu'à l'aide d'examens suivis et répétés, voire de mise en observation.

La difficulté d'isolement du noyau pervers étant ainsi posée, l'appréciation de la qualité de la réaction perverse est relativement facile. C'est la réaction qui inquiète les parents et les oblige à consulter; jusque là l'enfant n'avait paru souvent qu'un peu original, distant, souvent peu affectueux avec ses parents, ou un membre seulement de sa famille, mais les conséquences de son acte, la brutalité fréquente de ses réactions ont poussé ses parents à voir un médecin, et c'est alors la liste de ses méfaits qu'on rapportera, souvent comportant des conséquences sociales graves : mensonges, vols, incendies ; ce qu'il importera de mettre en évidence c'est la motivation de ces actes, leur détermination.

Nous avons pu ainsi rassembler de nombreuses observations mais que les événements actuels nous mettent dans l'impossibilité de rapporter maintenant. Ces observations nous ont permis de ranger les réactions perverses chez les enfants dans les catégories suivantes que nous allons étudier :

- Réactions perverses et arriération affective ;
- Réactions perverses chez des enfants vivant dans un foyer irrégulier ;
- Les réactions chez les pervers purs ;
- Les réactions perverses d'ordre sexuel.

Les cas qui nous servent de base sont ceux de sujets d'intelligence voisine de la normale, présentant à côté d'éléments d'indifférence, de malignité, d'inéducabilité à des degrés plus ou moins poussés, des réactions perverses d'ordres différents.

CHAPITRE II

RÉACTIONS PERVERSES ET ARRIÉRATION AFFECTIVE

Par arriération affective, nous avons en vue un syndrome bien spécial, caractérisé par un attachement excessif aux premiers stades. Il existe un contraste entre l'âge réel de l'enfant et son affectivité qui n'a pas évolué.

L'enfant fait preuve de réactions uniquement instinctives et ses tendances ne s'affirment que par des impulsions brusques, des réactions violentes — un égocentrisme absolu.

Ses moindres désirs doivent recevoir satisfaction immédiatement, et en présence du moindre obstacle, il fait preuve de colère et d'agressivité.

Il y a une disproportion flagrante entre la cause, souvent minime de ces réactions, et leurs manifestations tapageuses et violentes.

La volonté de réalisation immédiate de ces désirs évoque assez bien les rêves enfantins où le sujet se voit accomplissant avec facilité le moindre de

ses vœux. Chez ces enfants, il y a intelligence normale, la scolarité est bonne, parfois retardée par l'esprit d'opposition dont ils font souvent preuve.

Les réactions qu'ils présentent sont à type de petits vols, de mensonges, parfois même de fugues, d'agressivité. Mais complétant ce tableau il est intéressant de noter l'existence régulière d'autres troubles : incontinence diurne sans signes associés, sans substratum organique, il existe parfois même une incontinence des matières, l'onanisme est presque constant ; souvent aussi des troubles du langage sans base physique.

D'autre part, l'intelligence de ces enfants est normale, comme en témoignent les tests, mais il existe dans la réponse à ces questions une sorte d'indifférence, de détachement, un manque d'intérêt qu'ils mettent dans leur propos. Ils ont l'air à côté, lointains, enlevant toute affectivité à leurs paroles.

Aux questions portant sur des problèmes d'intérêt social et nécessitant une réponse d'ordre moral, ils répondent d'une manière conforme, mais on sent que ce sont là propos superficiels n'adhérant pas à leur personnalité.

Ce n'est pas subterfuge de leur part ; ils savent qu'ils doivent répondre ainsi, mais ils ne voient pas le rapport entre leur activité et les règles sociales qu'ils peuvent pourtant énoncer et qu'ils connais-

sent parfaitement ; il y a là une sorte de court-circuit, un défaut de vision d'ensemble, de compréhension globale, en un mot un défaut de synthèse.

On sent qu'il n'y a pas tant chez eux une perturbation, littéralement une perversion, qu'un manque d'évolution, un défaut du « sur moi », pour employer le langage psychanalytique, et nous verrons l'intérêt de cette notion au point de vue thérapeutique où l'on s'efforcera de pallier à cette déficience de la conscience.

Tel est semble-t-il le sens des réactions perverses de cette catégorie. Le noyau pervers lui, d'importance si grande, nous allons maintenant voir ses caractères :

Disons tout de suite que dans ce groupe il est peu organisé, peu cohérent, encore flou et facilement attaquable.

Ces particularités sont de bons éléments en faveur d'un pronostic optimiste à condition d'essayer d'accélérer l'évolution de l'affectivité du sujet, de l'amener à une maturation plus grande.

Comme illustration de cette catégorie de pervers, nous donnerons l'observation suivante :

C... Berthe, née en janvier 1932, âge mental 7 ans 1/2.

Père normal.

Mère bien portante vivant séparée de son mari depuis que la petite a deux ans.

2 frères de 6 et 9 ans, bien portants.

Née à terme.

Accouchement normal.

Premiers pas à 9 mois.

Premiers mots précoces, mais on note encore actuellement des troubles de la parole.

Propre de bonne heure, mais par période on nous signale des mictions au lieu où elle se trouve.

Aspect : familière, très à l'aise à la consultation, va toucher à tous les objets de la pièce.

— elle est approbative à tout ce qu'on lui dit, mais ne change pas pour cela son comportement.

— Sa mimique est très développée, volontiers théâtrale, on note un certain degré d'hypomanie.

Il est à remarquer dans ses propos un mélange curieux faisant contraste entre les tournures de phrase d'adulte et des expressions « bébé » — ; elle prononce « crain » pour train et « maicresse d'école ».

— une certaine tendance à tenir des propos colorés de mythomanie.

On note enfin chez elle de l'onanisme qui a été constaté depuis 8 mois ; on a d'ailleurs réprimé cet

onanisme en lui attachant les mains ; elle avoue volontiers ces pratiques pour lesquelles elle ne se cache pas.

Il est à noter une tendance à l'anorexie datant à peu près de la période de répression de son onanisme.

L'examen somatique ne révèle aucune altération des différents systèmes, pas de troubles morphologiques appréciables.

Il y a donc dans cette observation peu d'éléments en faveur d'une organisation perverse foncière — le noyau semble assez inconsistent et susceptible d'amélioration par un changement de milieu et un bon encadrement tendant à lui faire abandonner la position de facilité dans laquelle elle s'est cantonnée et qui représente pour elle la solution rêvée à ces moindres désirs.

Le problème est de l'amener à concevoir le monde en dehors de sa personne, mais un monde qui ne soit pas à l'image d'une famille à son entière dévotion.

Telle est donc cette première catégorie de pervers caractérisée par ce défaut de contrôle des instincts.

Catégorie très large qui englobe un grand nombre de cas à manifestations très diverses, à réactions variables liées à un grand nombre de facteurs

parmi lesquels il faut ranger à leur juste place l'hérédité tant alcoolique que spécifique, de même que la possibilité d'une note épileptique surajoutée qui conditionne souvent l'impulsivité et la brusquerie des réactions,

Tous ces facteurs ont leur rôle, certes, qu'il ne faut pas oublier au moment de poser les indications thérapeutiques. Mais ce qui différencie ces cas, c'est le plus ou moins grand degré d'organisation du trouble, sa structure plus ou moins bien conditionnée.

CHAPITRE III

RÉACTIONS PERVERSES ET SITUATION FAMILIALE

Dans nombre de cas que nous avons eu la possibilité d'observer, nous avons constaté à la base une situation familiale anormale. Que ce soit l'absence de la mère, ou que ce soit une conduite spéciale de l'un des deux parents ; mais surtout nous avons noté la fréquence de ces réactions au sein des familles d'où le père, pour une raison ou une autre est absent.

Et l'on remarque alors chez l'enfant une tendance très nette à des réactions agressives envers la mère, a une attitude d'indépendance vis-à-vis d'elle, et de possession. La mère est pour lui son objet — dont il veut devenir le maître — plus d'égards pour elle ; elle doit se plier aux moindres de ses désirs ; elle lui appartient. Et cette attitude est encore plus nettement accentuée par la faiblesse de

la mère qui reporte sur son enfant son trop plein d'affection et qui lui passe volontiers ses caprices.

Et la théorie psychanalytique plaçant dans l'autorité paternelle ce sur moi trouve dans ces cas une illustration.

La maturation affective, l'acquisition de cette discipline, ce surmoi dont le père est le facteur principal, ne peut de ce fait s'accomplir. Il manque aux instincts de domination et d'agression ce frein, cette volonté ferme que réalise d'habitude l'autorité paternelle.

L'exemple du père, amenant à une identification de la part de l'enfant ne peut jouer ; identification qui l'aidait à surmonter et à endiguer ses pulsions instinctives.

Et l'on voit bien encore ici ce défaut d'inhibition qui laisse libre le jeu des pulsions. On note là aussi le mécanisme que nous avons retrouvé, basé non sur une perturbation des instincts, mais au contraire sur la trop grande liberté de leurs manifestations.

Lorsque le père a eu une mauvaise conduite, cause de la séparation des époux, on ne peut guère invoquer semble-t-il le facteur hérédité qui se manifesterait par une bien grande complaisance dans la reproduction des mêmes détails, des mêmes traits

particuliers à propos des actions de l'enfant. Il semble plus normal d'invoquer une identification, de faire jouer le rôle principal à la contagion de l'exemple. Même si l'enfant n'a pas ou peu connu son père, des gens bien intentionnés se trouvent toujours là pour raconter à l'enfant les faits et gestes de l'absent.

La mère souvent même guette dans la moindre attitude, la moindre parole, la moindre réaction de son enfant la plus minime ressemblance qui lui fera dire que le petit est malheureusement tout le portrait de son père. On conçoit l'influence fâcheuse que peuvent avoir ces propos.

L'attitude du père ne détermine pas seulement les réactions de l'enfant envers lui, mais également celles qu'il présentera vis-à-vis du monde extérieur; on comprend dans ces conditions que l'enfant qui pour une raison ou une autre n'aura pas appris à se soumettre, à se sacrifier, à céder au père n'admettra le monde extérieur qu'en tant qu'il se modèlera sur ses désirs, telle la mère vis-à-vis de son bébé.

Le facteur hérédité a une importance, certes — nous n'essaierons pas de le nier, mais nous voudrions le réduire à des proportions moindres qu'on ne le fait habituellement.

Il semble que ce qui se transmet est une disposition générale caractérisée par une dissolution légère des superstructures de la personnalité, et non un trait fixe se reproduisant fidèlement et fatalement. Il y a seulement atteinte des structures les plus élevées, c'est-à-dire d'acquisition plus récente, cette atteinte amenant une libération des pulsions instinctives sous-jacentes : il y a défaut de maturation de la personnalité. Le processus n'agit donc que négativement par ce manque d'organisation des structures supérieures, et c'est éventuellement les actions, les réactions, la vie en un mot qui inscriront les traits positifs de la personnalité.

En somme dans ce groupe que l'on peut assimiler à ce que l'on est convenu d'appeler « pervers » on voit la fréquence des conflits affectifs comme cause des troubles. On y met nettement en évidence la réaction des traumatismes affectifs, des facteurs exogènes sur la personnalité, noyau même de l'individu.

L'origine du conflit, son existence même sont plus ou moins facilement décelables, leur découverte nécessite souvent des entretiens répétés avec l'enfant.

Souvent les réactions perverses sont dirigés électivement, bien que variables dans leur caractère et leur gravité, contre un seul membre de la famille; frère ou sœur privilégiés, belle-mère... — C'est dire l'importante capitale qu'il y a à séparer ces sujets.

CHAPITRE IV

LES PERVERS PURS

Nous décrirons rapidement le tableau des pervers fonciers à seule fin de les opposer aux pervers légers des groupes précédents — opposition que nous noterons aussi bien dans la description même que dans la conduite thérapeutique. Ce type de pervers si magistralement décrit par le Professeur Dupré est heureusement rare.

Il réalise véritablement la constitution perverse connue sous le nom de « Folie morale ».

C'est dès la plus tendre enfance qu'on constate l'apparition des perversions, l'enfant a des colères impulsives et violentes, il se montre vindicatif, cruel, jaloux, sournois, indiscipliné et voleur. — A l'âge de la puberté l'érotisme passe souvent au premier plan et se manifeste par la précocité des rapports sexuels.

A ces troubles s'ajoutent l'inaffectivité absolue, l'indifférence et le caractère de bravade que revêtent tous ces actes.

On note une inadaptabilité aux règles de la vie normale : familiale, scolaire, professionnelle — l'instabilité des goûts — la tendance aux fugues.

L'avenir du pervers est très sombre. Pour Dupré « la vie entière du pervers apparaît ainsi comme une succession de bizarreries, d'extravagances, d'irrégularités, de fugues, d'engagements volontaires, de délits et de crimes, de condamnations et de non-lieu, d'expertises, d'internements, d'incarcérations, d'évasions, de désertions, de simulations, de parasitisme des hopitaux, des asiles et des dépôts, de faits de vagabondage, d'alcoolisme... etc... La caractéristique de telles existences est l'irréductibilité des tendances perverses, qui se traduit par le récidivisme incessant de la faute, l'impossibilité de l'amendement du coupable, en résumé de l'incorrigibilité du pervers ».

En présence d'affirmations si autorisées il semble que l'on doive s'abstenir de toute thérapeutique. Cependant il y a toujours intérêt à pratiquer un traitement qui a d'autant plus de chances d'avoir de bons résultats qu'il sera entrepris plus précocement, dès les premières manifestations des perversions.

Il faut rechercher avec soin les moindres signes de présomption d'hérédosyphilis. Il faut faire l'inventaire des dystrophies les moins apparentes. Noter avec soin les antécédents de l'enfant pouvant parfois

mettre sur la piste d'une hérédo-syphilis masquée : convulsions, épisode méningé...

Les antécédents familiaux seront parfois le seul recours : fausses couches, accouchements anormaux, poids du placenta... Le traitement spécifique sera institué et il sera longtemps poursuivi. Mais, répétons-le, la précocité du dépistage est d'importance capitale pour obtenir d'heureux résultats.

DIAGNOSTIC

Les faits ainsi rapportés montrent la haute difficulté de ce diagnostic.

Déjà le diagnostic d'abcès du rein est dans les cas classiques réputé extrêmement délicat.

Il se fonde alors sur l'existence de :

a) *Signes généraux infectieux :*

température de type variable : cependant plus souvent à grandes oscillations, température de suppuration, que température maintenue en plateau à 40°.

b) *De signes fonctionnels :*

ils sont en règle, légers, inconstants, cependant la plupart des auteurs insistent sur l'existence d'une douleur spontanée siégeant dans la région lombaire, cette douleur prend une assez grande valeur localisatrice de par son association à la fièvre et aux signes sanguins d'infection.

c) *Hémoculture positive* :

numération globulaire montrant de règle une leucocytose avec polynucléose.

Un certain degré d'anémie.

Par contre, dans les formes classiquement décrites, les signes urinaires sont inexistants ou minimes.

Urines normales en volume parfois légèrement diminuées.

Urines claires contenant parfois des polynucléaires, rarement des germes.

C'est assez dire que le tableau est tout différent de celui que nous avons décrit.

Dans notre observation, un symptôme majeur attire l'attention :

L'anurie, anurie complète comme on l'a vu.

A l'anurie on associe rapidement le deuxième symptôme constitué par l'*azotémie* :

azotémie à manifestation digestive d'abord traduite par les vomissements répétés,

bientôt azotémie à manifestation nerveuse.

Cette anurie fait discuter et rapidement éliminer une azotémie par compression due à une affection du petit bassin.

Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal.

De même c'est facilement qu'on élimine les anuries mécaniques : jamais la malade n'a présenté de phénomènes ou de manifestations lithiasiques.

C'est dire que l'existence de l'anurie conduisait à discuter les anuries par néphrites, hépato-néphrites, les anuries toxiques.

L'absence de tout antécédent, la brutalité de l'installation, l'absence totale et brutale d'urine ne semblent guère en faveur d'une anurie par néphrite aiguë, infectieuse, il en est de même pour le fait qu'il s'agissait de manifestations cliniques uniquement azotémiques ; il n'existait en effet ni œdème sous-cutané, ni ascite, ni hydrothorax, aucun trouble cardio-vasculaire.

Par ailleurs l'absence de tout autre syndrome que les syndrômes : anurie et azotémie, l'absence totale de toute symptomatologie digestive en dehors des vomissements, en particulier l'absence de douleurs, l'absence de signes connexes, d'une intoxication possible, permettaient d'éliminer presque à coup sûr l'hypothèse d'une anurie par néphrite aiguë toxique.

L'absence de tout autre signe que l'anurie permettait d'éliminer les hépato-néphrites infectieuses ou toxiques.

C'est dire que le diagnostic reposait sur deux éléments essentiels :

- 1) Anurie ;
- 2) Azotémie massive et progressive auxquelles on rapportait l'existence des autres signes.
 - a) Douleurs lombaires ;
 - b) Signes d'urémie nerveuse et d'urémie digestive ;
 - c) Présence de pus dans la vessie en dehors de toute affection de voisinage, en particulier d'affections utérines, ovariennes, appendiculaires.

CONCLUSIONS

L'étude de cette observation d'abcès parenchymateux bilatéraux du rein nous permet d'insister sur un certain nombre de faits.

Les uns classiques :

1) La bilatéralité de l'affection, le fait est relativement fréquent dans les abcès disséminés du parenchyme rénal ;

2) Le fait qu'il s'agit d'une malade jeune (27 ans).

La statistique de Huguier (Thèse Paris 1939) signale l'âge moyen de 29 ans.

Ces faits seraient exceptionnels après 50 ans.

3) Il est souvent difficile de découvrir la porte d'entrée de l'affection, nombre d'auteurs ont insisté sur ce fait : la porte d'entrée pouvant être minime et surtout éloignée, l'accident initial datant de plusieurs mois est souvent ignoré du malade.

Mais surtout il importe d'insister sur des faits plus particuliers à notre observation.

1) Le germe en cause dans notre observation : pneumocoque est rarement à l'origine des abcès du rein, trois cas sont cités dans la thèse de Huguiet (Paris 1939).

2) Dans les cas signalés l'hémoculture a été positive, on a pu découvrir dans les antécédents une manifestation pneumococcique.

Pneumonie dans un cas de Moore.

Septicémie à pneumocoque (Zinn).

3) Surtout il faut insister sur l'absence clinique de tout syndrome infectieux général. L'affection s'est uniquement traduite par l'anurie avec azotémie progressive.

4) Enfin l'émission de pus est exceptionnelle, les auteurs signalent comme très rare la communication des abcès avec les voies d'excrétion de l'urine (Chevassu).

5) La localisation strictement rénale de l'infection pneumococcique est aussi un fait exceptionnel.

6) Enfin nous noterons l'hypothermie observée durant toute l'évolution et peut-être est-elle en relation avec le taux élevé de l'azotémie.

7) L'existence de tels faits permettrait peut-être d'expliquer certaines anuries, sans qu'existent ce-

pendant de collections suppurées aussi nettes que dans notre observation, dans quelques cas l'atteinte microscopique du parenchyme rénal pourrait peut-être être la cause de l'anurie.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président,*
A. LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

